

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 25 Janvier 1899, à 1 heure

PAR

Georges GUÉRIN

Né à Paris, le 27 Avril 1860

SYPHILIS

DU

CŒUR

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. FOURNIER, professeur.

GAUCHER et TEISSIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 25 Janvier 1899, à 1 heure

PAR

Georges GUÉRIN

Né à Paris, le 27 Avril 1860

SYPHILIS

DU

CŒUR

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. FOURNIER, professeur.

GAUCHER et TEISSIER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		Ch. RICHEL.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		Mathias DUVAL.
Opérations et appareils		TERRIER.
Matière médicale et Pharmacologie		FOUCHET.
Thérapeutique		LANDOUZY.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-		FOURNIER.
dies de l'encéphale		RAYMOND.
Clinique des maladies syphilitiques		BECKER.
Clinique des maladies nerveuses		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale		TILLAUX.
		PANAS.
Clinique ophthalmologique		GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires		N.
Clinique d'accouchement		PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEV.	REITTERER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRE.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILHAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARPAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Mère

A mes Enfants

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE .
MONSIEUR LE PROFESSEUR C. POTAIN

Médecin des Hôpitaux,
Membre de l'Académie des Sciences
et de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

SYPHILIS DU CŒUR

Historique

Difficulté du diagnostic. — La syphilis du cœur est intéressante à bien des points de vue, non seulement à cause de la difficulté de sa clinique, mais encore à cause de son étude anatomo-pathologique. Il est extrêmement difficile de diagnostiquer cette lésion, non seulement au point de vue clinique, mais encore au point de vue anatomo-pathologique, sur la table d'amphithéâtre, surtout lorsqu'il s'agit de lésions scléreuses du myocarde. Ici, rien de caractéristique, rien de bien saillant qui permette d'affirmer la spécificité de la lésion.

Aussi, combien d'observations tenues pour des observations de sclérose syphilitique cardiaque, qui n'étaient que de la vulgaire myocardite scléreuse.

Auteurs qui se sont occupés de myocardite syphilitique. — La syphilis du cœur est une découverte

moderne. Bien que des lésions syphilitiques aient été reconnues par Boerhave, Astruc, Morgagni, il faut arriver à Ricord et à Corvisart pour avoir quelques cas bien authentiques de syphilis cardiaque.

Lebert et surtout Virchow signalent l'existence de lésions syphilitiques du myocarde ; puis, la question est spécialement étudiée par Wagner. Lancereaux s'est efforcé de déterminer les caractères anatomiques et cliniques qui distinguent la myocardite syphilitique de celle qui relève du rhumatisme ou de l'alcoolisme. Depuis lors, l'histoire de ces déterminations myocarditiques de la vérole a été l'objet d'un certain nombre de travaux, parmi lesquels nous citerons ceux de Marchiafava, Mannino, Henderson, Jullien qui a collecté sans se montrer peut-être assez sévère, les faits publiés pour en faire l'analyse, Mauriac, Grenouiller, Lang, Buchwald, Schwalbe, Newton Pitt, Nekam, Zacharine, Lacharjin, Bogoslowsky, Green, Mracek...

C'est d'après l'ensemble de leurs descriptions que l'on peut esquisser une étude de la syphilis du cœur.



Étiologie

Il y a bien peu de chose à dire au point de vue étiologique.

1° *Rareté*. — Un point à noter, c'est la rareté de la syphilis du cœur, comme la rareté de la syphilis musculaire en général. Est-ce à cause de la grande irrigation du cœur ? Est-ce à cause de sa grande nutrition ou de son activité toujours mise en action ? La cause intime reste encore inconnue ; ce que l'on connaît bien, c'est la rareté de la syphilis du cœur. Les statistiques des différents auteurs sont variables à ce point de vue là. Si l'on élimine les cas douteux, les vraies manifestations syphilitiques du cœur peuvent être actuellement réduites à 30 cas (Jullien), à 41 cas (Lang), à 102 cas (Mracek).

2° *Age*. — L'âge des malades est des plus variables ; cependant le plus grand nombre de faits se rapporte à des sujets âgés de 20 à 40 ans.

Chez le nouveau-né, la syphilis héréditaire est parfois une cause de lésion cardiaque, comme en font

foi les observations de Rosen, Coupland, Kartzow, Parrot, Morgagni, Wendt, Fœrster.

3. *Sexe.* — Le sexe masculin semble être plus souvent frappé ; sur 31 cas, il y en a 10 qui appartiennent seulement à des femmes.

4. *Période de l'infection.* — La syphilis cardiaque a été observée à diverses périodes de l'infection. Dans une observation d'Hutchinson et dans plusieurs autres, il est dit que le malade était dans la première année de la vérole ; quelques faits se rapportent à la deuxième année.

Plusieurs de ces cas peuvent être contestés ; mais il est probable que, comme les myosites en général, la myocardite scléro-gommeuse peut être un accident précoce. Il n'en est pas toujours ainsi. car on a vu la syphilis cardiaque survenir 8 ans (Buchwald), 11 ans (Jullien), 14 ans (Virchow, Morgan), après l'infection.

Dans la grande majorité des cas, la syphilis cardiaque coïncide avec les manifestations tertiaires. Dans la majorité des cas, c'est 8 ans après le chancre qu'apparaît la syphilis cardiaque. Les malades, dans cet intervalle de temps, avaient été en proie à des accidents multiples, ou étaient restés indemnes en apparence ; quelques-uns avaient déjà subi de grands désordres de la nutrition quand le cœur a été atteint.

Anatomie pathologique

L'anatomie pathologique est le grand point de la syphilis du cœur ; aussi insisterons-nous beaucoup sur ce chapitre.

Les lésions signalées dans la syphilis du cœur sont diverses. Elles peuvent porter sur le péricarde, l'endocorde, le myocarde. De ces lésions il y en a qui sont fréquentes : ce sont les lésions myocarditiques ; d'autres sont très rares : ce sont les lésions péricardiques et endocardiques. Ces lésions peuvent être isolées ou associées, ce qui complique encore l'aspect.

Nous étudierons ces lésions séparément, en commençant par les plus fréquentes qui sont les lésions myocarditiques.

I. *Lésions du myocarde.* — Ces lésions du myocarde peuvent être divisées en deux groupes :

1° *Lésions produites directement par la syphilis.*

2° *Lésions consécutives au développement de ces lésions spécifiques.*

A, — *Lésions syphilitiques proprement dites.*

Ces lésions peuvent se présenter sous deux aspects :

a. — Lésions gommeuses.

b. — Lésions de myocardite scléreuse.

Ces deux ordres de lésions peuvent être isolés ou associés.

1°. *Lésions gommeuses.* — Les gommès ont une signification certaine, spécifique, bien que le diagnostic anatomique en soit quelquefois difficile.

Les observations de Ricord, Lebert, Virchow, Morgan, Caylor, Graffner, Teissier peuvent être prises comme types. Toutes les parties du myocarde peuvent être intéressées par ces néo-formations spécifiques qui sont ordinairement situées dans l'épaisseur des parois des ventricules, surtout du gauche (Jullien, Mracek).

On en a signalé au niveau des oreillettes (Lhonneur) et de la cloison interventriculaire (Virchow, Wilks). Souvent elles sont réparties sur plusieurs segments du myocarde (Virchow, Newton, Pitt), là où les gommès peuvent faire saillie vers le péricarde ou l'endocarde. En pareil cas, l'endocarde ou le péricarde participent toujours à la lésion et présentent un épaissement blanchâtre, scléreux, ou des adhérences plus ou moins étendues.

Il faut noter que les orifices et les valvules du

cœur sont ordinairement respectés par les gomme. Celles-ci peuvent être multiples ; elles sont alors isolées les unes des autres, ou bien réunies en constituant des groupes.

Macroscopiquement, la gomme cardiaque est comme toutes les gomme des autres organes : c'est une tumeur solide, une masse sphérique, de consistance ferme, homogène, sèche à la coupe, compacte, de coloration grisâtre ou jaunâtre, à contenu caséeux, parfois de la grosseur d'une tête d'épingle, d'un grain de chènevis. La gomme, en d'autres cas, atteint le volume d'un haricot, d'une noisette, d'une noix, d'un œuf de pigeon, d'une bille de billard (Wilks).

Ordinairement, il n'y a qu'un petit nombre de gomme ; on en trouve deux, trois, quatre, rarement plus de six à huit ; dans ce dernier cas, les tumeurs sont groupées, serrées les unes à côtés des autres, reliées par du tissu fibreux, véritable tissu sclérogène.

Chaque tumeur gommeuse est entourée d'une coque, d'une paroi qui la sépare du parenchyme avoisinant, paroi épaisse, fibreuse, résistante, nacré, condensée, vasculaire.

Il n'est pas toujours facile au simple aspect macroscopique, de distinguer une gomme des autres lésions pouvant la simuler au niveau du cœur. Il est souvent difficile de différencier une gomme d'un

tubercule du cœur (Virchow, Forster), d'un sarcome (L'honneur), ou d'un infarctus (Oppolzer),

Ce dernier point est d'autant plus difficile à élucider que récemment on a cru pouvoir attribuer à la syphilis la production, dans le cours de la myocardite, de certains foyers de ramollissement consécutifs à une artérite oblitérante. (Birsch, Hirschfeld, Chwostek, Weichelbaum, Ehrlich).

Histologie de la gomme. — Histologiquement, la gomme est constituée, au début, par un amas de cellules embryonnaires constituant un nodule (nodule syphilitique de Brissaud).

La gomme adulte est constituée par trois couches concentriques. (Malassez) :

1° *Au centre* : un tissu fibroïde en dégénérescence granuleuse, présentant de petits corps très réfringents se colorant en rouge par la purpurine.

2° *A la partie moyenne* : une zone de tissu fibreux disposé en couches concentriques avec des cellules géantes.

3° *A la périphérie* : une couche de cellules embryonnaires se continuant avec les tissus avoisinants.

Les lésions artérielles qui accompagnent ou précèdent la gomme (Balzer, Marfan, Toupet) consistent

en une endo-périartérite, avec tendance à l'oblitération vasculaire.

Evolution de la gomme. — L'évolution normale de la gomme est une dégénérescence granulo-graisseuse qui aboutit facilement à une fonte plus ou moins complète. Le noyau central subit la transformation granulo-graisseuse ; un ramollissement progressif s'installe, et lentement le noyau se transforme en une bouillie jaunâtre, en une matière puriforme, sorte de détritüs qui provient de la desquamation épithéliale, mélangée à des cellules de nouvelle formation. Un processus ulcératif de voisinage accompagne cette évolution des parties centrales ; les régions voisines sont progressivement usées, parfois très rapidement perforées.

Quant à la gomme, elle peut s'ouvrir et se vider dans la cavité ventriculaire, donnant lieu soit à des embolies multiples, soit à la formation d'un anévrisme faux myo-cardique (Morgan, L'honneur, Newton Pitt, Nekam, Mracek) ; elle peut aussi donner naissance à une caverne plus ou moins grande, suivant le volume de la gomme à laquelle elle succède. Irrégulière et anfractueuse, cette caverne devient plus inégale et plus vaste encore si plusieurs gommes voisines s'ouvrent les unes dans les autres et se déversent en une spélunque centrale.

Que si à ce moment on examine cette caverne, on la voit intérieurement tapissée d'une matière jaune grisâtre, reste du tissu en train de fondre ; extérieurement elle est doublée de la coque que nous avons décrite, coque à tissu dur, condensé, grisâtre et fibreux.

La gomme, lorsqu'elle s'ouvre dans la cavité du cœur, entraîne rapidement la mort ; mais elle peut se comporter autrement : elle peut être résorbée par les vaisseaux lymphatiques, et la cicatrisation marque alors le terme de son évolution. Dans ce dernier cas, la gomme n'étant plus constituée que par sa coque, on voit celle-ci se rétracter ; les parois s'accolent, et, dans certains cas, il se fait une occlusion totale.

Il n'est pas rare à l'autopsie d'anciens syphilitiques, de constater en plein tissu cardiaque des cicatrices dures, fibreuses, rayonnées, déprimées et foncées, cicatrices qui ne sont autre chose que les derniers vestiges d'une caverne syphilitique guérie.

2^e *Myocardite scléreuse ou interstitielle.* — A côté de la myocardite gommeuse, une place doit être réservée à la myocardite scléreuse ou interstitielle. Cette myocardite scléreuse a été regardée comme spécifique dans des cas où l'on n'a pas trouvé de gomme ; c'est ainsi que Dittrich attribuait à la syphilis les tractus fibreux du myocarde qu'on rencontre parfois dans les autopsies de syphilitiques.

Jullien admet l'existence de la sclérose; mais, pour lui, cette sclérose est rare, et même problématique. Virchow et Lancereaux admettent la sclérose primitive du myocarde d'origine syphilitique.

Cette myocardite peut être totale ou partielle (ce qui est le cas le plus fréquent). Cette disposition particulière de la myocardite syphilitique, à être partielle tient aux altérations vasculaires qui peuvent porter soit sur les gros vaisseaux du cœur, soit sur leurs branches terminales, soit enfin sur leurs vasa-vasorum.

Siège de la sclérose. — Cette myocardite scléreuse peut siéger dans n'importe quelle partie du cœur; mais son siège le plus fréquent est le ventricule gauche.

Aspect macroscopique de la sclérose. — Au point de vue macroscopique, cette myocardite se présente ainsi: le muscle est ordinairement hypertrophié; il est plus dense; sa coloration est brun rougeâtre ou légèrement grisâtre; sa consistance est augmentée: il est dur et crie sous le scalpel.

La sclérose se présente sous les aspects suivants:

1° Tractus fibreux dissociant le myocarde dans différents sens. Dans ce cas-là, la myocardite est surtout reconnue au microscope.

2° Plaques lamellaires ou non, d'apparence cartilagineuse, d'un gris blanchâtre, dures avec rétraction de l'endocarde ou du péricarde.

3° Gros tractus fibreux analogues aux intersections du muscle grand droit de l'abdomen (Lance-reaux).

Ces tractus fibreux peuvent présenter au milieu de leurs fibres des gommes microscopiques sous forme de nodules d'apparence grisâtre ou gris jaunâtre ayant tendance à s'énucléer.

4° Sorte de pyramide grisâtre, dure, à base périphérique, à sommet central.

5° Cicatrices déprimées, grisâtres, étoilées, adhérent plus ou moins au péricarde ou à l'endocarde. Ces cicatrices indiquent des gommes guéries.

Evolution de la sclérose. — Au point de vue microscopique la sclérose passe par les différents stades que Nicolle a décrits dans l'évolution de la sclérose cardiaque. Il y a d'abord dégénérescence granulo-fragmentaire ou vacuolaire des fibres musculaires, puis formation réticulaire, enfin sclérose molle, puis dure. Les lésions sont toujours en voie d'évolution, car, à côté du tissu fibreux adulte, on trouve du tissu conjonctif de nouvelle formation et même du tissu embryonnaire.

Cette sclérose débute toujours autour des vais-

seaux sanguins ou de leurs vasa-vasorum ; elle peut alors donner lieu à de l'endartérite ou de la périartérite des artères coronaires dont il faut noter ici la grande fréquence des altérations ; elle peut également s'accompagner d'anévrysmes miliaires (Birsch-Hirschfeld, Cvostek, Weichelbaum, Erhlich, Balzer).

Lancereaux résume ainsi l'évolution de la myocardite. Il y a d'abord vascularisation et apparition de noyaux ainsi que de petites cellules arrondies sur le sarcolemme ou dans les travées connectives ; de là résulte une apparence ecchymotique du tissu affecté ; puis il y a formation de fibres de tissu conjonctif sur quelques points ; en d'autres endroits, il y a de la métamorphose grasseuse des éléments musculaires et cellulaires, d'où coloration jaunâtre des parties atteintes et dont le contenu peut être résorbé.

D'après ce que nous venons de voir, on peut juger qu'il n'y a rien qui puisse différencier cette myocardite, de la myocardite scléreuse en général ; peut-être pourrions-nous trouver quelques différences dans la fréquence des altérations vasculaires à tendance oblitérante, dans la rareté des cellules géantes, enfin dans ce fait que les lésions sont presque toujours partielles, qu'elles atteignent rarement les valvules, et que rarement aussi elles s'accompagnent de surcharge grasseuse.

B. Lésions secondaires. — A côté de ces altérations qui sont spécifiques, il me faut dire un mot des altérations secondaires provoquées par les lésions ci-dessus indiquées. Ces lésions secondaires sont extrêmement variables et plus ou moins fréquentes suivant les cas. Il peut y avoir atrophie des fibres musculaires ou hypertrophie compensatrice avec ou non néo-formation de fibres myo-plastiques. Dans certains cas, on peut noter de la dégénérescence granuleuse, granulo-graisseuse, pigmentaire, amyloïde, des infarctus, des anévrysmes valvulaires, des ruptures du cœur, etc...

Il nous faut actuellement parler d'altérations beaucoup plus rares, mais qui néanmoins sont intéressantes à considérer : nous voulons parler des lésions de l'endocarde et du péricarde.

II. Lésions de l'endocarde. — Ces lésions de l'endocarde sont rarement isolées ; elle existent ordinairement au contact ou au voisinage des lésions myocarditiques.

Les lésions de l'endocarde peuvent porter sur l'endocarde valvulaire ou pariétal (c'est le cas le plus fréquent).

1° Endocarde pariétal. — Sur l'endocarde pariétal, on peut trouver soit un épaississement blanchâtre

ou grisâtre sous forme de tache plus ou moins saillante, soit une région vascularisée, recouverte de papilles simples ou bifurquées ; l'endocarde peut être encore terne, inégal, mamelonné et, en certains points, semblable à du cartilage.

L'endocarde peut, en outre, bien que le fait soit rare, subir isolément ou primitivement les atteintes du virus syphilitique ; comme partout ailleurs, on peut y rencontrer de la sclérose, des gommes ou des ulcères.

2° *Endocarde valvulaire.* — L'endocardite valvulaire est extrêmement rare ; elle peut porter sur n'importe quelle valvule, mais elle est plus fréquente sur les valvules de l'artère pulmonaire et sur la lame postérieure de la tricuspide. Les valvules peuvent être épaissies, allongées, ou présenter des petites végétations fines, granuleuses, dures, sessiles ou non, analogues à des condylomes (Corvisart, Laennec, Julia, Virchow, Friedreich, Scorenzio, Gambellini, Lombroso).

III. *Lésions du Péricarde.* — Les lésions du péricarde sont aussi rares que les lésions de l'endocarde. Le péricarde est rarement le siège primitif de l'inflammation syphilitique ; le plus souvent, il ne devient malade que par propagation de la myocardite.

Les lésions du péricarde sont essentiellement

variables ; on a pu noter de la péricardite partielle ou généralisée des gommes, enfin un cas de myome (Kartzow et Virchow).

Ricord a vu le feuillet viscéral épaissi en un point et recouvert de fausses membranes. Chez un malade de Virchow, le péricarde présentait des taches d'aspect tendineux et assez étendues, sur la face pariétale ; la séreuse était très épaisse et donnait naissance à des appendices veloutés à large circonférence, très vascularisés, formés par du tissu conjonctif, lâche, gélatineux. Dans un autre cas dû à Friedreich, il y avait oblitération complète de la cavité, mais moins peut-être par suite de processus spécifique que par péricardite irritative, fibreuse, chronique, développée sur un fond syphilitique.

Les gommes du péricarde sont extrêmement rares ; elles peuvent être indépendantes d'autres lésions du péricarde, ou être associées à ces lésions (Wagner, Lancereaux). Ces gommes ne présentent rien de particulier à noter.

Syphilis héréditaire. — La syphilis acquise n'atteint pas seule le cœur. Les différents tissus de ce viscère peuvent être frappés également par la syphilis héréditaire. On a noté, dans ces cas-là, la présence de gommes (Rosen, Coupland), soit de myocardite scléreuse seule ou associée aux gommes (Parrot), soit d'endocardite valvulaire (Wendt).

Mracek a noté une infiltration périvasculaire avec épaissement du tissu épicaudique. D'après Parrot, la syphilis héréditaire semble avoir une action certaine sur le développement de la péricardite.

Symptômes de la syphilis cardiaque. — S'il est relativement facile de diagnostiquer la syphilis du cœur sur la table d'amphithéâtre, surtout quand on se trouve en présence des lésions spécifiques comme les gomme, par contre il est extrêmement difficile de faire un diagnostic précis au point de vue clinique, surtout si l'on n'a pas, pour s'aider, les commémoratifs ou la présence d'une lésion syphilitique manifeste.

Il n'y a aucun signe pathognomonique de la syphilis cardiaque qui peut simuler soit la myocardite scléreuse des affections rénales, de l'artério-sclérose, de la goutte, de l'alcoolisme, du saturnisme, de l'aplasie artérielle, des infarctus myocarditiques ; soit une attaque d'asthme, soit un accès de tachycardie essentielle, paroxystique ; soit enfin des phénomènes de bradycardie, comme le fait se trouve noté dans une observation de Rendu.

Quoi qu'il en soit, la syphilis cardiaque possède un certain nombre de symptômes qui varient suivant qu'on a affaire à la période secondaire ou tertiaire de l'infection.

1° *Période secondaire.* — A la période secondaire, les signes sont les suivants : palpitations intenses, irrégulières, venant par accès, que peuvent provoquer les mouvements, la marche, un déplacement subit ou la montée d'un escalier ; ces crises de palpitations apparaissent souvent la nuit, et à ses accès, se joignent la sensation d'un choc précordial d'une intensité insolite sur la paroi thoracique, un malaise spécial, véritable angoisse précordiale, avec essoufflement, besoin d'air, dyspnée.

A l'examen physique, le cœur ne présente aucune particularité ; l'auscultation, par exemple, ne révèle rien d'anormal : ni souffle anémique, ni souffle vasculaire ; les valvules fonctionnent parfaitement. Toutefois, on constate au sphygmographe l'irrégularité des battements et parfois des intermittences qu'on ne soupçonne pas autrement.

A quoi doit-on attribuer ces phénomènes ?

Est-ce à l'anémie syphilitique (Grassi Wilbonchewitch) ? Est-ce à l'angine de poitrine (Hirsch) ? Est-ce à des manifestations de l'hystérie sur le cœur, hystérie provoquée par la syphilis ? Est-ce à un trouble d'innervation provoqué par les toxines ou le microbe inconnu de la syphilis ? Autant de points inconnus.

2° *Période tertiaire.* — Les signes de la période tertiaire sont encore plus variables. La lésion car-

diaque est fréquemment latenté, et se termine, le plus souvent, par la mort subite, soit à la suite d'une syncope, soit à la suite d'une crise dyspnéique, douloureuse.

La période tertiaire de la syphilis cardiaque emprunte ses caractères plus ou moins tranchés, tantôt aux lésions artérielles (d'où ischémie cardiaque et phénomènes d'angine de poitrine), tantôt à la dégénérescence graisseuse du myocarde (d'où dilatation du cœur et phénomènes d'asystolie), tantôt à un anévrysme partiel du cœur ou à une altération des valvules de ce viscère.

Ordinairement, ces troubles coïncident avec des signes de myocardite chronique.

Les symptômes fonctionnels sont les suivants : palpitations énergiques, violentes, douloureuses, impulsives, dyspnée, oppression, soif d'air. Si on examine le malade, on le trouve en état plus ou moins accentué d'asystolie : la face est légèrement bouffie ; il y a de la cyanose des lèvres, des oreilles, du nez, avec légère teinte subictérique des conjonctives ; les veines du cou sont légèrement dilatées ; on peut y trouver le pouls veineux ; il y a stase sanguine dans tous les organes viscéraux (*râles* sous-crépitaux aux bases des poumons ou *épanchement pleural* ; *foie* légèrement hypertrophié, lisse, régulier, légèrement douloureux à la pression ; *urines* rares, denses, très colorées, sédimenteuses, légèrement albumineuses). On

peut trouver des hydropisies partielles ou généralisées.

Si on examine le cœur, on note de la matité augmentée surtout dans le sens transversal, matité à forme triangulaire. L'auscultation révèle de l'obscurité, de la faiblesse, de l'irrégularité dans les bruits du cœur ; il y a des intermittences arhythmiques, des faux pas dans les battements cardiaques qui sont fréquents.

Le premier bruit du cœur peut être sourd, voilé, tandis que le deuxième bruit est bref et claqué.

Il existe rarement des bruits de souffle ; parfois, on observe à l'orifice mitral une sorte de murmure ou de léger souffle provenant de la dilatation du ventricule gauche ; mais ce qu'il faut noter ici, c'est la rareté du souffle organique.

Autres formes de myocardites. — D'après ce que nous venons de voir, la symptomatologie est extrêmement variée. Aussi, à côté de la forme de myocardite interstitielle, pourrait-on décrire plusieurs autres formes qu'il nous suffira d'énoncer ici :

- 1° Forme tachycardique,
- 2° Forme bradycardique,
- 3° Forme arhythmique simple,
- 4° Forme embryocardique,
- 5° Forme d'angine de poitrine, soit par sclérose

des artères coronaires, soit par névrite du plexus cardiaque (Hallopeau, Obolensky, Zacharine).

Marche de la syphilis cardiaque. — 1° Marche aiguë. — La syphilis cardiaque a une marche essentiellement variable. Son début est souvent insidieux ; parfois elle éclate brusquement. Rien n'avait pu jusque-là faire soupçonner une lésion cardiaque d'origine syphilitique chez un individu qui tout-à-coup est pris de douleur précordiale, soit de dyspnée subite, soit enfin de syncope que termine brusquement la mort.

C'est là un mode d'évolution bien particulier à la syphilis cardiaque ; mais ce n'est pas le seul. Parfois le malade tombe brusquement paralysé, ou voit sa paralysie s'installer progressivement (le cas est plus rare). Ces deux modes d'évolution se voient surtout quand le malade fait des efforts, et surtout des efforts de défécation.

2° Marche subaiguë ou chronique. — A côté de cette marche aiguë, on peut observer une marche subaiguë ou chronique, se terminant par des phénomènes d'asystolie plus ou moins aiguë. Il peut arriver enfin que le malade, en proie à de la cachexie, soit emporté par une sorte d'asthénie, de débilité progressive, par la concomitance d'autres lésions viscérales

de même origine que celles du cœur, et pouvant porter sur le foie, les reins, les poumons, le cerveau, la moelle, le bulbe.

Durée de la syphilis cardiaque. — La durée de la syphilis cardiaque ne peut être exactement évaluée, puisque souvent l'on ne peut connaître exactement le début de la maladie. D'autre part, la lésion cardiaque qui, pendant très longtemps, est demeurée insidieuse, latente, méconnue, lorsque son existence est enfin reconnue, souvent est attribuée à une autre cause que la syphilis.

Terminaison de la syphilis cardiaque. — De la terminaison, nous avons parlé en traitant de l'évolution de la maladie. Celle-ci est-elle reconnue à temps et applique-t-on immédiatement le traitement spécifique intensif, la terminaison peut se faire alors par la guérison : c'est là un succès thérapeutique. Mais la plupart du temps la maladie n'est pas reconnue ; alors la terminaison est la mort subite, par syncope, embolie, thrombose cardiaque, rupture du cœur, asystolie lente ou rapide, cachexie, lésions viscérales, complications congestives, hydropigènes, pleurésie concomitante.

Pronostic de la syphilis cardiaque. — Il est difficile de formuler un pronostic de la syphilis cardiaque. Ce pronostic est essentiellement variable, non seulement avec chaque individu, sa profession, son état diathésique, mais encore avec le genre de lésions dont le cœur est atteint. Il est naturel de penser, et cela n'est pas une vue de l'esprit, que de toutes les lésions cardiaques, la lésion myocarditique est la plus dangereuse. Il faut compter aussi, au point de vue du pronostic, avec l'âge de la syphilis, l'influence d'un traitement plus ou moins rationnel et suivi, et avec les diverses manifestations syphilitiques qui ont pu frapper d'autres organes.

Ce qui domine tout, au point de vue du pronostic de la syphilis cardiaque, c'est l'influence d'un diagnostic précis et précoce de la maladie. Une syphilis reconnue est une syphilis guérie, ou, du moins, grandement améliorée dans la majorité des cas. Quant à l'influence du traitement, elle est surtout notable lorsqu'il s'agit d'angine de poitrine d'origine syphilitique.

L'issue favorable de la syphilis cardiaque, sous l'influence d'un traitement hâtif et intensif, a été notée par tous les auteurs qui se sont occupés de la syphilis du cœur, principalement par Morgan, Cantani, Mayer, Proféta, Zahkarine.

Le diagnostic de la syphilis cardiaque est un des plus ardues que l'on ait à faire.

A défaut d'une étiologie nette soupçonner toujours l'origine syphilitique de cette lésion. — Rien au point de vue fonctionnel et physique ne peut faire soupçonner cette lésion cardiaque. Il faut s'aider des commémoratifs, ainsi que des lésions antérieures ou actuelles de la syphilis. Toujours il faut se défier d'une lésion cardiaque anormale, tant au point de vue des signes fonctionnels qu'à celui des symptômes physiques. Une lésion cardiaque, qui ne fait pas sa preuve clinique ou étiologique, doit être, dans la majorité des cas, soupçonnée d'origine syphilitique, surtout lorsque, sous l'influence du traitement spécifique, on observe une amélioration non pas légère, mais notable et nullement passagère.

Traitement de la syphilis cardiaque. — Au point de vue du traitement, il faut soigner la cause et l'état général. Les frictions mercurielles, le sirop de Gibert, l'iodure de potassium à fortes doses (6 à 8 grammes par jour) seront de mise.

Il faut aussi combattre l'arythmie et les autres phénomènes cardiaques par les médicaments appropriés. Nous devons remarquer que ces derniers agissent peu ou point, tant qu'ils sont donnés seuls; mais, sont-ils associés au traitement spécifique, ils font alors merveille,

OBSERVATIONS

Observation I

Infarctus syphilitique du cœur (Ehrlich-Reitschrift
für Klin. Med. 1879)

Sujet ayant succombé à des accidents syphilitiques tertiaires quinze ans après l'apparition d'un chancre induré. Les principaux phénomènes constatés indiquaient une lésion profonde du cœur ; par suite de l'affaiblissement d'activité de cet organe, il existait une bronchite diffuse ; la matité cardiaque dépassait de plus d'un travers de doigt le bord droit du sternum. Le choc de la pointe, peu énergique, se percevait dans le 5^{me} espace intercostal ; les battements étaient irréguliers, et l'on entendait de légers souffles mitraux et tricuspidiens. Le second bruit pulmonaire était nettement accentué ; le second bruit aortique l'était moins. Le pouls, de fréquence modérée, se laissait facilement déprimer, et présentait des irrégularités.

A l'autopsie, on trouva des lésions syphilitiques de divers organes, et notamment des gommes des

gastro-cnemiens, une dilatation du cœur et des infarctus de ce même organe.

De ces derniers, les uns étaient blancs, entourés d'une zone hémorragique; les autres d'un rouge foncé; les plus petits étaient allongés dans le sens des fibres musculaires; les plus volumineux avaient la forme d'une pyramide dont la base répondait au péricarde. Dans ces foyers, on trouvait de jeunes cellules, des globules sanguins, des vaisseaux dilatés et des fibres musculaires atrophiées.

La cause de ces lésions était une endartérite syphilitique oblitérante. Quant à l'atrophie musculaire, elle prouve que l'oblitération n'avait pas été subite.

Observation II

Syphilis du cœur (Mayer. Arch. de Méd., 1881)

Un officier de 50 ans est atteint en 1878 de dysnée et de palpitations; le cœur ne paraît pas hypertrophié; le pouls est irrégulier et dépressible; les bruits sont affaiblis à la pointe; au niveau du ventricule droit, on perçoit un dédoublement du premier bruit. En mars 1879, le cœur paraît avoir augmenté de volume; à la pointe il y a un souffle diastolique manifeste; le foie est hypertrophié; l'urine contient de l'albumine; les jambes sont œdématisées. Ces accidents cèdent au traitement par la digitale. Au mois de juillet, nouvelle apparition de l'œdème avec dou-

leurs des membres inférieurs. Encore une fois la digitale et les diurétiques ont raison de ces manifestations. Le 3 mars 1880, on constate que le souffle n'est plus exactement diastolique, mais s'est rapproché du premier bruit ; en outre, il a son maximum non plus à la pointe, mais au niveau de l'artère pulmonaire ; le cœur est un peu dilaté, et les pulsations épigastriques ont acquis une certaine intensité. C'est alors que des phénomènes d'un nouvel ordre viennent jeter une vive lumière sur la nature des accidents cardiaques. On constate à la face antérieure du tibia droit une périostite douloureuse, des cicatrices récentes sur le bord de la langue, des ulcérations au dos. Le malade, interrogé, répond que neuf ans auparavant, il a été traité pour un chancre suivi de roséole, et que plus tard il s'est cru suffisamment guéri pour se marier. En présence de ces faits, on donne de l'iodure de potassium, et au bout de huit jours, les douleurs de la jambe disparaissent.

Le 22 juillet, on ausculte le malade, et on trouve la pulsation anormale du ventricule droit notablement diminuée ; le souffle persiste encore. On prescrit des frictions mercurielles et des bains sulfureux, plus tard de l'iodure de fer ; au mois de novembre, on reprend l'iodure de potassium.

Le 6 décembre, nouvel examen : le souffle cardiaque est plus faible, les bruits sont mieux frappés et plus distincts ; les palpitations ont cessé ; le pouls encore un peu mou, est devenu régulier ; en même temps la respiration est plus libre.

L'albuminurie. l'œdème des membres inférieurs, tous les phénomènes de stase sanguine ont cessé.

Observation III

Myocardite syphilitique (Mannino, giorn. Ital. delle mal. vener e della pelle, décemb. 1881).

Homme de 36 ans, admis dans le service de Fréderici pour des troubles graves de la respiration. Antécédents syphilitiques avérés, remontant à 8 ans. Le malade avait toujours joui d'une bonne santé lorsque quelques mois avant son entrée, il éprouva des troubles respiratoires qui allèrent en croissant et finirent par lui interdire tout travail.

A son arrivée à l'hôpital, on constate que le ventre est ballonné, les deux jambes œdématisées, couvertes de taches cuivrées et de petits ulcères. Les joues, les lèvres, le nez sont violacés ; les veines du cou sont turgides ; les battements artériels, même au poignet, sont imperceptibles.

Toux pénible, angoisse respiratoire profonde, battements du cœur irréguliers. Les pulsations sont très nettement perçues à l'épigastre ; le cœur ne paraît pas hypertrophié ; mais à la pointe, le premier bruit est sourd, accompagné d'un faible bruit de souffle. Râles muqueux dans les deux poumons ; légère hypertrophie du foie et de la rate ; urine albumineuse.

On diagnostique une myocardite d'origine probablement syphilitique. La mort survient quelques jours plus tard.

A l'autopsie, le péricarde contient trois onces de sérosité claire. Le cœur a une forme globuleuse, l'hypertrophie occupant surtout le ventricule gauche. A la face antérieure du ventricule droit, traînée fibreuse indurée de 8 centimètres de long sur 3 de large ; au ventricule gauche plaque indurée de la dimension d'une pièce de 5 francs ; petites plaques de même nature à la surface du cœur. Une corde fibreuse dure, noduleuse s'étendait sur la cloison interventriculaire ; l'endocarde présentait quelques plaques opaques.

A l'examen microscopique, toutes ces parties présentaient les caractères de la myosite syphilitique.

Observation IV

Syphilis du cœur (Teissier père, *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, juin 1882).

Une prostituée alcoolique, âgée de 27 ans, d'apparence vigoureuse et sans autres antécédents morbides que des plaques muqueuses et un peu d'oppression quand elle marchait vite, fut prise, quelques heures après son dîner, de coliques d'estomac et de ventre, puis d'une oppression qui alla rapidement en augmentant. La mort survint par asphyxie progressive en quelques heures.

A l'autopsie, à part l'œdème marqué des poumons, on ne trouva de lésions que dans le cœur et les

reins. Péricarde sain, cœur non hypertrophié et nullement graisseux; pas de lésions d'orifices, sauf quelques petites végétations sur les valvules sigmoïdes de l'aorte, sans rétrécissement. Ventricule gauche à peu près normal, si ce n'est un certain degré d'endocardite scléreuse avec myocardite interstitielle sur la cloison et la face postérieure. Ventricule droit profondément altéré; ici, l'endocardite scléreuse est infiniment plus étendue qu'à gauche; sur la face antérieure et sur la cloison, l'endocarde est blanc jaunâtre, épaissi; le pilier antérieur de la tricuspide paraît entouré d'une membrane fibreuse, blanche, analogue à l'albuginée. La paroi antérieure du ventricule, dans sa moitié supérieure, a perdu l'aspect musculaire; elle est d'un blanc grisâtre et crie sous le scalpel; de plus, on y trouve, à la coupe, de petites masses lenticulaires blanc de lait, tranchant, par leur coloration, sur le fond gris et demi-transparent de la paroi. Ces nodules blancs se retrouvent sur le pilier de la tricuspide, dans la paroi postérieure et dans la cloison; il en est qui ont six à sept millimètres de diamètre. Les uns sont plongés dans le tissu sclérosé; les autres entourés par du tissu cellulaire normal; ils sont tous d'un blanc laiteux uniforme, d'aspect caséeux, de consistance ferme, sans trace de ramollissement même au centre. L'examen histologique fait par Colrat montra que ces petites masses étaient des gommes du cœur; les autres lésions étaient celles de la myocardite interstitielle avec endo et périartérite. Il n'y avait point de myosite parenchymateuse; les fibres musculaires étaient simplement atrophiées.

Observation V

Gomme du cœur (Loomis, New-York Med.
Record, 1888).

A l'autopsie d'une fille morte de pneumonie, à l'âge de 20 ans, on trouva dans le cœur deux tumeurs intra-musculaires, siégeant dans la cloison interventriculaire, l'une près de l'orifice aortique, l'autre près de la pointe. Le microscope montra le centre de chaque tumeur en nécrose de coagulation, tandis que la périphérie était formée de petites cellules rondes qui s'infiltraient entre les fibres musculaires voisines. D'après Prudden, il s'agissait là d'une gomme.

Observation VI

Syphilis du cœur (Bogossowsky. Bulletin de Thérapeutique 1891, p. 538).

J. P. homme robuste, âgé de 45 ans, fut envoyé de St-Pétersbourg à Essentouki pour y faire sa cure, à cause de pléthore abdominale, accompagnée de palpitations violentes et d'asthme.

La maladie actuelle se développa à son maximum dans les sept derniers mois.

J. P. marchand par sa profession, avant le début de cette affection, menait une vie assez active et variée, ne se refusant pas parfois l'abus des boissons alcoolique. Son état morbide subit une aggravation qui se manifesta par des excès fréquents de céphalagie et d'asthme, combinés avec des palpitations, de l'arythmie du cœur et de l'angoisse mentale. Le malade s'adressa alors au docteur Botkine qui le mit à la diète lactée et à la digitale.

Sous l'influence de cette thérapeutique, le malade, dans l'espace d'un mois, maigrit considérablement ; mais les accès asthmatiques ne furent pas complètement guéris. Après une enquête soigneusement établie, on apprit que le malade avait été, quinze ans auparavant, atteint de syphilis, et que, dans ces circonstances, il s'était confié aux soins d'un charlatan. Celui-ci l'avait alors soumis à un traitement, sous l'influence duquel les accidents syphilitiques avaient complètement disparu. Depuis lors, il n'avait plus observé chez lui le retour des manifestations de la vérole.

Examiné pour ses palpitations et son asthme, le malade a de la pléthore abdominale : il se plaint d'avoir de l'asthme en marchant sur une surface plane. Parfois, il éprouve des phénomènes d'angine de poitrine. Les téguments extérieurs sauf la pâleur, la bouffissure et l'œdème bien marqués dans les régions malléolaires, ne présentent rien de particulier. On observe aux pieds des varices et des traces de cicatrices anciennes.

Le malade a perdu sa chevelure à un âge très précoce ; sa peau est couverte de sueurs très abon-

dantes. Le pouls à 84, très irrégulier, La systole du cœur est impalpable, même après une marche préalable. La matité cardiaque est un peu augmentée vers le côté droit; les bruits du cœur sont faibles; mais on ne perçoit pas de souffles.

Le second bruit de l'artère pulmonaire est un peu accentué. La percussion de la région pectorale donne des résultats négatifs. L'auscultation dévoile dans la partie postérieure du thorax des râles secs, disséminés. La température n'est pas élevée. Les dimensions du foie et de la rate sont normales. Les urines contiennent de l'albumine; le malade est constipé; mais il a un appétit assez suffisant. Le sommeil est inquiet, interrompu par les accès asthmatiques.

L'état mental est celui d'un hypocondriaque. Cette complexité des symptômes pouvait faire penser à l'infiltration graisseuse du cœur. Pour adopter ce diagnostic qui amène consécutivement les mêmes symptômes correspondant au début de la dégénérescence cardiaque, on manquait pourtant de données nécessaires, car notre malade n'appartenait pas à la catégorie des individus gras, et la matité cardiaque n'était pas considérablement augmentée. Les affections cardiaques valvulaires devaient être exclues, faute de bruits de souffles et autres signes physiques du côté du cœur.

On pourrait songer dans ce cas à une simple myocardite chronique avec dégénérescence secondaire du muscle cardiaque, en se basant, entre autres choses, sur l'abus des boissons alcooliques. Mais, vu l'arythmie saillante du pouls, les attaques asthmatiques provoquant à chaque mouvement l'anéantissement du

malade, et cette prédisposition aux œdèmes et à l'albuminurie, je fus incliné à m'arrêter au diagnostic de myocardite syphilitique. Le traitement fut institué, (2 grammes d'IK, par jour, puis 4 gr.).

Au bout de quelques jours, l'asthme s'atténua considérablement ; l'albuminurie disparut ; le sommeil devint plus calme ; la vigueur mentale reparut ; mais l'arhythmie persista quoiqu'elle se fût déjà considérablement régularisée.

Le 8 août, c'est-à-dire un mois après le début du traitement, l'état du malade devient méconnaissable. L'appétit et le sommeil sont devenus normaux ; le pouls est à 78. Le malade se promène et n'éprouve point d'accidents asthmatiques. Les signes de la stase dans la petite circulation ont disparu ; l'arhythmie est moins prononcée ; les caractères de l'ondée pulsatile sont complètement transformés. Simultanément avec l'amélioration des symptômes asystoliques s'est arrêtée la transpiration qui était si pénible pour notre malade.

Le 22 août, c'est-à-dire six semaines après le début du traitement, le malade nous quitta avec une amélioration indubitable de son état général. Les accès d'asthme, accompagnés d'angoisse mentale et de douleurs dans la région du cœur ont disparu, ainsi que les sueurs intenses, l'œdème et la céphalalgie. Les irrégularités dans l'activité du cœur se sont atténuées considérablement, et les bruits cardiaques sont devenus plus nets. Dans ces conditions, le malade, se sentant guéri, repartit pour Saint-Petersbourg.

Observation VII

Syphilis du cœur (Bogosslowsky. Bull. g. de
Thérapeutique, 1891)

Le malade de Sch..., âgé de 58 ans, est entré à Essentouki pour palpitations de cœur, faiblesse générale s'accroissant graduellement, sueurs abondantes et chute de cheveux.

L'examen objectif donna les résultats suivants : poitrine légèrement enfoncée, muscles insuffisamment développés, peau couverte de sueurs profuses. La percussion des poumons fait découvrir, dans les parties postérieures et supérieures, des râles qui se reproduisent un peu en bas, mais disparaissent complètement dans les lobes pulmonaires inférieurs. Le choc du cœur ne s'aperçoit pas à la vue ; la matité cardiaque commence à la troisième côte ; sur la ligne mamillaire, les limites de cette matité ne sont pas nettes. La palpation montre que le choc du cœur est un peu disloqué vers la ligne mamillaire ; le pouls est irrégulier, à 90 ; pas de souffles ; l'arythmie est bien prononcée. Les bruits cardiaques sont affaiblis ; quant au deuxième bruit aortique, il présente un léger timbre métallique ; l'élasticité des parois abdominales est normale ; parfois le malade devient constipé ; la matité absolue du foie commence à la 5^e côte. Le scrotum est gangreneux, avec formation d'une cicatrice. Quant aux organes des sens, il faut noter

les bruits de longue durée que le malade perçoit dans l'oreille gauche. Le sommeil est insuffisant. Le réflexe patellaire est aboli, tandis que les réflexes des extrémités supérieures sont normaux. Les urines sont acides; leur poids spécifique est 1017; elles ne contiennent ni albumine, ni pigments biliaires, ni sucre. Les parties solides sont égales à 39,6; il y a 20,5 d'urée, et 12,8 de chlorures. L'acide phosphorique est égal à 2,1; l'acide sulfurique est représenté par 1,8, et l'azote par 8,4. Dans les sédiments urinaires, on ne trouve rien d'anormal. excepté du mucus et des cellules épithéliales plates.

Dans son enfance, le malade travaillait beaucoup, exerçant l'emploi de commis; puis, devenu patron de son commerce, il gère en ce moment ses affaires commerciales, aidé de ses enfants qui sont au nombre de dix. Il aurait eu, 35 ans auparavant, un chancre induré, avec adénopathie inguinale. Il fut alors traité légèrement. Quatre mois avant son arrivée aux eaux minérales, il eut de la gangrène du scrotum et de l'œdème du pénis suivis d'une fièvre très forte (40°). Cette gangrène était probablement le résultat de la syphilis d'autrefois.

Sch... faisait souvent abus de boissons alcooliques et de tabac. Il se maria deux ou trois ans après la cessation de son traitement antisiphilitique. Sa femme n'eut pas de fausse couche; mais un de ses enfants eut quelque chose au cerveau, et il a une fille de 12 ans qui est idiote.

Toutes ces données nous prouvent que, dans l'anamnèse de notre malade, il y a assez de raisons

pour admettre que son affection cardiaque tardive est d'origine spécifique.

Le malade fut soumis à l'eau d'Essentenki, à l'iodure de potassium, à la digitale et au convallaria. Ce traitement fut ainsi poursuivi pendant six semaines. Au bout de ce temps, le malade ressentit une amélioration qui peut se résumer par les résultats suivants : pouls à 72, arythmie moins prononcée, sueurs et asthme considérablement diminués, appétit amélioré, nausées et renvois disparus, chute des cheveux arrêtée.

Observation VIII

Syphilis cardiaque (De Massary, Bull. de la Société de Biologie 1895)

Malade entré à Necker, le 3 décembre 1894, avec tous les signes d'une affection cardiaque en apparence classique.

Les symptômes observés étaient ceux que l'on rencontre habituellement dans l'asystolie ; mais il existait cependant deux particularités dignes d'être rapportées.

En premier lieu, on put observer, pendant toute la durée de l'attaque d'asystolie qui se termina par la mort le 26 décembre, l'existence d'un pouls lent, permanent ; malgré tous les stimulants cardiaques, le nombre des pulsations du cœur, ne dépassa pas 38 par minute.

En second lieu, on remarqua l'existence d'un souffle systolique dont le maximum ne correspondait pas à la pointe, mais à la partie moyenne du ventricule ; ce souffle avait un timbre râpeux, rude, et s'accompagnait d'un pialement musical, surtout perceptible au niveau du bord gauche du sternum.

L'état du malade se maintint stationnaire pendant un certain temps ; puis des signes d'affaiblissement du cœur apparurent, et le 26 décembre, le malade mourut subitement.

A l'autopsie, le cœur, vu extérieurement, présente la forme et l'aspect du cœur de Traube : le ventricule gauche, énorme et dur, constitue les trois quarts de l'organe, et porte appendu sur son côté le ventricule droit dont les dimensions sont moindres. Il n'y a pas trace de péricardite, ni de plaques laiteuses ventriculaires.

L'endocarde est sain partout, sauf sur une zone exactement circonscrite ; il existe une large plaque jaune, uniformément épaissie et de consistance quasi-cartilagineuse, qui s'étend depuis l'insertion des valvules sigmoïdes aortiques jusqu'aux muscles papillaires antérieurs, en englobant la grande valve de la valvule mitrale ; en arrière, elle envahit la cloison inter-ventriculaire, à la partie supérieure de laquelle elle acquiert une épaisseur considérable. Il en résulte un canal rétréci sous-aortique dont les parois sont transformées en un tissu fibreux et rigide. Nul doute que c'est en ce point que la colonne sanguine produisait le souffle râpeux entendu pendant la vie et dont le foyer maximum ne répondait exactement ni à la pointe du cœur, ni à la base.

A la partie supérieure et antérieure du ventricule gauche, on constate au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire une saillie qui correspond à un épaississement énorme de la paroi ventriculaire.

Cette tuméfaction bombe également en dedans de la cavité ventriculaire, et contribue à compléter le rétrécissement sous-aortique dont nous venons de parler.

Sur une section de la partie ainsi déformée, on découvre une tumeur arrondie ou plutôt ovoïde de 5 centimètres environ de diamètre; plus grosse qu'un œuf de pigeon. Sa consistance est élastique et ferme; le centre de la néoplasie est de couleur jaunâtre et d'apparence caséuse; la périphérie est manifestement fibreuse et translucide, entourée d'une zone embryonnaire où serpentent de nombreux vaisseaux sanguins; les portions centrales sont exangues et en état de regression. Le tissu musculaire du myocarde est à ce niveau aminci; les fibres, surtout celles qui sont immédiatement contiguës à la tumeur, ont un aspect jaunâtre, pâle, et sont dissociées; les autres sont rouges et paraissent saines. Le reste du ventricule est hypertrophié; mais la fibre musculaire n'offre pas d'altérations apparentes. Les reins sont réguliers, bosselés, parsemés de petits kystes; ils ont l'aspect de petits reins granuleux bien plutôt que de reins cardiaques; la capsule est adhérente. A la coupe, les pyramides sont injectées, tandis que la substance corticale est pâle et atrophiée. La rate est petite, scléreuse. Le foie a les caractères du foie muscade, chroniquement congestionné. Les poumons sont engoués, ne présentent aucune granulation tuberculeuse.

La coupe histologique de la tumeur cardiaque a été faite de manière à comprendre le centre de la tumeur, une portion de sa périphérie, la partie de la paroi ventriculaire située en avant et enfin le péricarde viscéral. Le fragment de la tumeur est resté deux mois dans le liquide de Müller, puis a subi l'inclusion dans la celloïdine ; les colorations employées ont été les suivantes : hématoxyline avec éosine, hématoxyline avec carmin.

La tumeur est composée de deux parties bien distinctes : l'une qui est centrale, l'autre qui est périphérique.

1° La partie centrale est en pleine dégénérescence caséeuse ; la coloration est diffuse ; aucun élément cellulaire n'est reconnaissable ; aucun détrit^{us} nucléaire n'est coloré par l'hématoxyline. Cependant, quelques filaments vagues donnent à cette masse caséeuse un aspect plus fibreux que celui présenté généralement par le centre dégénéré d'une gomme tuberculeuse. Vers la périphérie, apparaissent peu à peu des détrit^{us} de noyaux colorés en bleu par l'hématoxyline.

2° La zone périphérique est constituée par des amas de cellules embryonnaires à noyaux fortement colorés ; ces cellules s'infiltr^{ent} dans les interstices que laissent entre elles les fibres musculaires qui, dans cette zone, se colorent mal et ont perdu leur striation.

Des vaisseaux capillaires s'avancent jusque dans cette zone périphérique où ils restent perméables sur une certaine partie de leur trajet ; puis ils disparaissent.

Au-delà de cette tumeur principale, on rencontre dans les interstices musculaires des nodules formés de cellules embryonnaires. Ces nodules n'ont pas subi de dégénérescence caséuse centrale ; ils sont, du reste, sillonnés par des capillaires remplis de globules sanguins. Les fibres musculaires situées au-dessous du péricarde viscéral, c'est-à-dire à quelque distance de la tumeur, sont saines et ne présentent pas trace de dégénérescence graisseuse.

Dans la couche conjonctivo-vasculaire sous-péricardique se rencontrent encore un ou deux nodules formés de cellules embryonnaires et situés à la périphérie des vaisseaux dont les lumières restent libres.

Quelle est maintenant la nature de ce néoplasme ? On ne peut évidemment hésiter qu'entre la gomme syphilitique et la gomme tuberculeuse. Or, tout porte à considérer la tumeur présente comme étant de nature syphilitique.

Les arguments qui militent en cette faveur sont les suivants :

- 1° Aspect fibroïde du centre dégénéré ;
- 2° Perméabilité des vaisseaux capillaires dans les nodules embryonnaires de la périphérie, fait qui, d'après MM. Cornil et Ranvier, est très-important pour distinguer la gomme syphilitique de la gomme tuberculeuse.

Enfin, il faut noter deux symptômes négatifs qui ont aussi beaucoup d'importance : d'une part, l'absence de cellules géantes dans toute l'étendue de la préparation, et, d'autre part, l'impossibilité absolue de décélérer la présence du bacille de Koch.

Conclusions

1° La syphilis cardiaque est rare.

2° C'est une manifestation tertiaire de la syphilis, venant ordinairement huit à dix ans après l'accident primitif.

3° La syphilis cardiaque est *acquise* (majorité des cas), ou *héréditaire* (rareté).

4° Au point de vue anatomo-pathologique les lésions peuvent être divisées en :

a. — Lésions spécifiques.

b. — Lésions non spécifiques.

5° Les lésions *spécifiques* portent, par ordre de fréquence, sur le myocarde, l'endocarde et le péricarde.

6° Les lésions *myocarditiques* peuvent être *scléreuses*, *gommeuses* et *scléro-gommeuses*.

A. — Les lésions *scléreuses* se présentent sous les différents aspects suivants :

a. — Myocardite interstitielle diffuse.

b. — Placards blancs grisâtres ou nodulés, cartilaginiformes.

c. — Bandes scléreuses contenant le plus souvent dans leur intérieur des gommes microscopiques.

d. — Sorte de pyramide scléreuse à base périphérique.

B. — *Les gommes* du myocarde peuvent siéger n'importe où. Généralement elles existent dans le ventricule gauche, respectant ordinairement les orifices et les valvules. Elles sont multiples ou uniques, arrondies, de volume variable, de consistance ferme, de coloration grisâtre ou jaunâtre, sèches à la coupe et toujours entourées d'une zone scléreuse. Ces gommes peuvent se ramollir, se résorber ou ulcérer les parties avoisinantes.

C. — Les lésions *scléro-gommeuses* ne sont qu'un mélange des deux lésions précédentes.

7° Les *lésions endocarditiques* peuvent être isolées ou associées à des lésions du myocarde.

Elles peuvent être *pariétales* (grande fréquence) ou *valvulaires* (rareté).

Ces lésions se présentent sous les aspects suivants :

A. Epaissement blanchâtre.

B. Tache lisse ou mamelonnée.

C. Petites végétations valvulaires analogues à des condylomes.

8° Les *lésions péricarditiques* sont très rares.

Elles peuvent présenter les aspects suivants :

A. Epaisissement recouvert de fausses membranes.

B. Taches d'aspect tendineux avec appendices veloutés.

C. Symphyse cardiaque partielle ou totale.

9° Les *lésions non spécifiques* sont les suivantes :

A. Atrophie des fibres musculaires.

B. Dégénérescence graisseuse, pigmentaire de ces fibres.

C. Lésions des artères coronaires.

D. Anévrysme, dilatation, hypertrophie, rupture du cœur.

10° Il n'y a *pas de signes caractéristiques*.

La syphilis du cœur peut simuler :

A. La sclérose du myocarde,

B. La tachycardie,

C. La bradycardie,

D. Les lésions valvulaires organiques.

E. L'angine de poitrine.

11° La *marche* peut être aiguë, subaiguë ou chronique.

12° La *terminaison* est variable, suivant que le traitement a été institué ou non. Si le traitement est institué rapidement et d'une manière intensive, on peut espérer la *guérison*.

L'autre mode de terminaison est la *mort* ordinairement subite, par syncope, embolie, rupture cardiaque, thrombose cardiaque.

La mort peut aussi survenir par asystolie aiguë, débilité progressive, cachexie, lésions viscérales concomitantes.

13° Le *pronostic* est variable. Il diffère avec l'individu, sa profession, ses antécédents, la durée de la maladie, l'influence d'un traitement antérieur plus ou moins suivi.

Le pronostic peut être amélioré grâce à un diagnostic précoce et à un traitement spécifique largement et rapidement institué.

Vu :

Le Président de la Thèse,
C. POTAIN.

Vu par le Doyen :
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

Ricord. — Gaz. des Hôpitaux. 1845.

Virchow. — La syphilis constitutionnelle. — Paris 1859 et Die Krankhaften Geschwalste Band, p. 444. Berlin 1864-1865.

Lancereaux. — Traité de la syphilis, 1866 et 1874,

Cantani. — Myocardite syphilitique (Annales de Dermatologie et de syphiligraphie 1870.

Dusch. — Die Krankheiten des herzens 1878.

Friedreich. — Traité des maladies du cœur, 1873.

Hertz. — Ein Vall von aneurysma und pneumonia syphilitica (Virchow's. Arch. Band V-VII. Heft 1872.

Zeissl. — Syphilis du cœur. Handbuch, 1873.

Pearce Gould. — Gomme du cœur (British. med. Journ. 1875).

Graeffner. — Ein Beitrag zur syphilis des herzens (Deutsch Arch. f. Klin. med. Band, 1877).

Loomis. — Un cas de syphilis du cœur (New-York, Path. soc. 1876).

Grenouiller. — Syphilis du cœur (Th. Paris, 1878).

Erhlich. — Ueber syph. Iufacct-Zeitsch. f. Klin. med. T. I, p. 378.

Marchiafava. — Bull della Reg. Academ. med. de Roma, 1881.

Mannino. — Giorn. ital. delle mal. vener. 1881.

Mayer. — Ueber Heilb formen chronischen herzleiden einschliesslich der syphilis des herzens (Aachen 1881).

Rosenfeld. — Med. corresp. Bl. d. Wurtemb. Aertzlver 1882, p. 38.

Hirschfeld. — Jahresber d. Gesellsch. f. nat. und. Heilk, 1882.

Henderson. — Gomme du cœur (Médical Times 1882).

Teissier. — Syphilis du cœur (Lyon médical, 1882).

Balzer. — Anévrysmes miliaries des artères coronaires (Arch. de Physiologie, 1883, p. 93).

Lang. — Vordeseigen uber pathol und therap des syphilis, p. 291, Wiesbaden.

Baumler. — Syphilis ziemssen's Handbuch der Path. und Therap. (Th. Leipzig).

Jullien. — Traité pratique des maladies vénériennes. Paris 1886.

Vitone. — Syphilis du cœur (Morgagni 1886).

— Angine de poitrine d'origine syphilitique (Therapia moderna 1886).

Pasteur. — Syphilome du cœur (British med. Journ., janvier 1887).

Ashey. — Syphilis du cœur. Mort subite (Manchester path. soc., 9 nov. 1887).

Hallopeau. — Angine de poitrine d'origine syphilitique (Annales de Dermatologie, 1887).

Zakharigne. — Lésions du cœur d'origine syphilitique au point de vue clinique (Travaux de la Société physico-

médicale, 1887, publié en Russie ; et Revue générale de clinique et thérapeutique, 1890).

Mauriac. — Artérite syphilitique des coronaires (Arch. génér. de Méd., 1887).

Picket. — Altérations valvulaires du cœur d'origine syphilitique (Bull. d'Acad. de Méd. de Belgique, 1888).

Mauriac. — Syphilis du cœur (Sem. médicale, 1889).

Lang. — Syphilis du cœur (Berlin. klin. Woch. (1889).

Obolenski. — Angine de poitrine d'origine syphilitique (Berliner klin. Woch., 1889).

Stravino. — Cœur syphilitique. Myocardite interstitielle chronique (Progresso Med., 1889).

Buschwald. — Société méd. de Silésie, 1889 et Deutsch méd. Wsch., 1889, n° 52).

Lacharjin. — Syphilis du cœur au point de vue clinique (D. Arch. f. klin. med., 1890),

Zakharigne. — Affections syphilitiques du cœur (Arch. f. Derm. und syph. Heft, 1891).

Schwalbe. — Gommès du myocarde (Arch. de Virchow, 1890).

Bogosslowsky. — Syphilis du cœur et son traitement (Bull. de Thérapeutique, 30 juin 1891).

Grecen. — Endocardite syphilitique (Boston med. Journ., 1891).

Newton Pitt. — Soc. Pathol. de Londres, mai 1891.

Neckam. — Myocardite syphilitique (Soc. Imp. roy. des Méd. de Buda-Pesth, octobre 1891).

Semmola. — Acad. de Méd., Paris 1892.

Mracek. — Deuxième Congrès intern. de dermatol. et syphiligr. (Vienne, sept. 1892).

André Petit. — Traité de Médecine. T. V. 1893.

Jacquinet. — La syphilis du cœur (Revue générale, Gaz. des Hôpitaux, 1895).

Rendu. — Syphilis du cœur (Bull. de la Société Médicale des Hôpitaux, 1895).

Israël. — Endocardite syphilitique (Mercredi Médical, 1895).

Lazarow. — Deux cas de syphilis du cœur (Presse Médicale, 1896).

Philipps. — Syphilis du cœur (The Lancet, 1897).

Morgan. — Vergl. Arch. für Dermat. und syphilis Band IV, p. 565.

Oppolzer. — Wiener Medicin. wochenschrift, 1860, p. 65.

